46e Année. — N° 10. Vendredi 10 Mars 1899.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Le concours des phagocytes dans l'issue aseptique des plaies opératoires, par le Dr Henri Stassano, p. 145. — Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little, par P. Redard et Paul Besançon, p. 149. — **Bibliographie** : Formulaire du médecin de campagne, p. 147. — Radioscopie et radiographie cliniques, p. 149. — La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris, 149. — **Revue de la Presse** : Rhinite blennorrhagique chez les enfants, p. 150. — **Académie de médecine** : *Séance du 7 mars* 1899. — *Présidence de M. Panas.* — Mort de M. Bouchard (de Bordeaux). — Traitement de l'appendicite, p. 150. — Commission de prix pour 1899, p. 151. — Note sur un cas de fœtus monstrueux doubles monomphalien sternopage, p. 151. — **Société médicale des Hopitaux** : *Séance du 3 mars* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Traitement essentiel avec stigmates d'hystérie, p. 152. — Surdi-mutité hystérique, p. 152. — Spondylose rhizomélique, p. 152. — Gangrène pulmonaire. Pneumotomie. Mort par tuberculose aiguë, p. 152. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 8 mars* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 153. — Traitement de l'appendicite, p. 153. — Luxation congénitale de la hanche, p. 153. — Traitement du tétanos, p. 153. — Fractures des jambes ; maintien de la jambe en flexion sur la cuisse ; guérison, p. 153. — Actinomycose cervico-faciale typique, p. 153. — Anus contre nature consécutif à une hernie crurale, p. 153. — **Société médico chirurgicale** : *Séance du 27 février* 1899. — *Présidence de M. Verchère*, p. 153. — Deux cas de stercorrhémie pendant les suites de couches, p. 153. — L'état du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, p. 154. — **Memento pratique**, p. 154. — **Variétés**, p. 155. — **Jurisprudence médicale**, p. 157. — **Nouvelles**, p. 158.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Le concours des phagocytes dans l'issue aseptique des plaies opératoires (1).

Par le Dr Henri Stassano.

La présence de germes banaux ainsi que pyogènes, dans les plaies opératoires qui guérissent par réunion immédiate, est presque aussi constante que dans les plaies qui suppurent. Ce n'est, effectivement, que par le nombre des microbes, par l'abondance très marquée de ceux-ci dans les plaies qui donnent du pus, que ces dernières se distinguent de celles où la cicatrisation se poursuit sans signe apparent d'infection. D'après les recherches récentes de Kouzentzof, les plaies à marche aseptique ne sont exemptes de germes que dans une très faible proportion : 15 0/0.

Lorsqu'en 1874 Ranke, d'un côté, et Demarquay de l'autre, signalèrent, les premiers, la présence de staphylocoques et de streptocoques dans des plaies évoluant sans suppuration ni fièvre, sous le pansement antiseptique, Lister et sa jeune école en furent déconcertés. A cette époque, une idée bien simpliste de l'infection dominait les savants : l'on ne voyait dans les organismes animaux que des milieux de culture propres au développement d'un agent infectieux quelconque, dans les organismes réceptifs ou impropres à la multiplication de cet agent pathogène, dans les organismes réfractaires.

Depuis lors, on a bien reconnu que l'infection est quelque chose de plus complexe que la culture d'un microbe dans un tube à gélatine, à savoir le résultat de la lutte entre les microbes envahisseurs et les tissus vivants de l'organisme envahi, dont la principale arme de défense est l'englobement et la destruction des microbes poli et mononucléaires. Mais l'ancienne conception de l'infection a été complètement abandonnée et la nouvelle repose sur une assise inébranlable de faits méthodiquement observés et provoqués par l'expérimentation ; pour n'importe quelle infection, il a été constaté que l'apparition d'un phénomène ne relève pas exclusivement de la présence de l'agent infectieux, mais dépend du nombre ou de la virulence, autrement dit, de la dose pathogène des microbes qui atteignent l'organisme. Toutefois la présence très fréquente des germes pyogènes dans les plaies qui se ferment par première intention demeure encore énigmatique pour beaucoup de chirurgiens, ainsi que le témoignent les ouvrages les plus récents sur l'antisepsie chirurgicale où la présence des microbes dans les plaies à marche aseptique est citée comme un exemple de ces contradictions, entre l'observation clinique et l'examen scientifique, que les praticiens se hâtent, à tort, de signaler.

Cependant, rien n'est plus clair et en plus parfait accord avec les données biologiques modernes, si l'on rapproche l'issue aseptique des plaies opératoires, — en dépit de la présence de quelques colonies de staphylocoques ou de streptocoques — du résultat expérimental de l'injection sous-cutanée de ces mêmes microbes en dose insuffisante pour produire du pus ou seulement une manifestation phlogistique locale, tant soit peu sensible.

Dans un article que je consacrai, il y a un an, à *l'Evolution de l'antisepsie* (1), je me suis précisément

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 25 février 1899.

(1) *Archives des sciences médicales*. Paris, 1 et 2, 1898, pages 30-53.

efforcé d'éclaircir ce point qui est, ce me semble, du plus grand intérêt, soit à l'égard de la conception du rôle des microbes dans les infections chirurgicales, soit relativement aux conséquences pratiques qui se dégagent de son interprétation rationnelle.

Deux récentes communications à la Société de Biologie, l'une sur *les infections bénignes péritonéales d'origine opératoire* et l'autre sur *la résistance des séreuses à quelques infections*, viennent de donner un certain regain d'actualité à l'article en question. Je saisis cette occasion pour appeler l'attention des chirurgiens, en général, et la vôtre en particulier, sur les remarques, d'un ordre tout à fait expérimental et pratique, que j'ai faites dans ce travail.

Les auteurs des deux communications citées, MM. Auché et Chavannaz, ont demandé à l'expérimentation quelle est la proportion des cas — pour les laparatomies suivies de guérison — dans lesquels le chirurgien peut affirmer ne pas avoir introduit de germes dans la cavité abdominale pendant l'intervention ; ils ont aussi voulu établir, par l'expérience directe, le degré différent de résistance des séreuses vis-à-vis des agents infectieux.

Les résultats obtenus par ces savants ont été les suivants : 1° le péritoine est infecté au cours des laparatomies beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, en dépit de toutes les précautions prises, mais cette infection opératoire est de courte durée ou reste fort bénigne; 2° le péritoine est beaucoup plus résistant que la plèvre et les méninges crâniennes surtout, aux staphylocoques et aux streptocoques.

La contamination du péritoine pendant l'acte opératoire, dont ces auteurs ont eu le souci de faire la constatation expérimentale, est la conséquence nécessaire de l'impossibilité, déjà démontrée par plusieurs expérimentateurs, d'obtenir la désinfection complète des mains des opérateurs, ainsi que celle des téguments à inciser.

L'issue bénigne des infections de cette origine, auxquelles se rapportent les observations de MM. Auché et Chavannaz, relève, aussi, logiquement, de la propriété du péritoine, bien connue par les biologistes, de se défendre contre les micro-organismes. Ces auteurs l'ont bien reconnu, sans toutefois se prononcer sur la nature de cette propriété, dont ils auraient pu démontrer, chez l'homme, l'identité du mécanisme avec la phagocytose péritonéale, si bien étudiée, chez les animaux, par Metchnikoff et son école. Ils n'avaient, en effet, qu'à examiner au microscope le liquide qui sortait des drains laissés en place dans l'abdomen, au lieu d'en faire simplement des ensemencements sur gélatine, pour suivre les phases du combat qui dut s'engager entre les leucocytes et les microbes, dès que ceux-ci tombèrent dans la cavité péritonéale, jusqu'à leur disparition, que ces expérimentateurs constatèrent par la stérilité des derniers ensemencements de l'exsudation abdominale.

La présence à l'état normal de beaucoup de leucocytes dans le péritoine et la facilité extrême dont jouissent ces cellules phagocytaires de s'y porter rapidement et en très grande abondance, selon le besoin de la défense, fait que cette séreuse résiste à l'envahissement microbien beaucoup plus qu'on ne le pensait et qu'on ne le croit généralement. Il est dû, précisément, à ces circonstances locales que les leucocytes accomplissent leur rôle protecteur dans le péritoine mieux que dans les autres séreuses, et dans n'importe quel autre tissu, le sous-cutané compris.

C'est, sans nul doute, grâce à ces circonstances particulières que Spencer Wells put fonder la chirurgie abdominale, avant l'usage des procédés listériens, et c'est précisément grâce à ces mêmes circonstances locales qu'un grand nombre de chirurgiens opèrent couramment sans danger dans le péritoine, se passant de toute précaution antiseptique.

Cependant, pour que les phagocytes puissent s'opposer à l'envahissement des microbes et triompher dans la lutte, il faut que les agents infectieux ne soient ni excessivement nombreux, ni trop violents. S'agit-il, par exemple, d'une quantité modérée de staphylocoques, le péritoine résiste facilement, encore mieux que la peau ; d'après Hermann, en effet, pour ne pas citer d'autres expérimentateurs, la dose de 1 centimètre cube de culture en bouillon de staphylocoques, qu'il appelle le coefficient de suppuration du tissu cellulaire sous-cutané de lapin, ne provoque pas dans le péritoine du même animal la moindre inflammation suppurée.

Mais il s'agit, par contre, de microbes très toxiques, cette même défense du péritoine est nulle. Heureusement, le chirurgien n'a pas à craindre, pour la vie de ses opérés, le contact du péritoine avec les microbes de la peste ou du choléra, et les streptocoques très virulents et les bacilles du tétanos ne sont pas très répandus. Ce qui n'exclut pas, d'ailleurs, le devoir d'éloigner, autant que possible, les causes de contamination par de semblables microbes.

Mais le devoir nouveau qui incombe au chirurgien, comme conséquence de la découverte des phagocytes et dont je me suis efforcé de démontrer l'importance dans mon article précité sur *l'évolution de l'antisepsie*, est d'exalter la défense naturelle du péritoine envers les microbes. Il est assez facile d'atteindre ce but, en faisant précéder l'ouverture de la cavité abdominale de l'injection de quelques centimètres cubes de ces liquides qui s'emploient couramment dans les laboratoires pour obtenir l'immunisation du péritoine contre les infections expérimentales, telles que la péritonite vibrionnienne ou coli-bacillaire. Parmi ces liquides, l'eau physiologique à 7 0/0 de chlorure de sodium provoque le plus sûrement et promptement l'afflux des leucocytes dans le péritoine. L'eau physiologique est déjà employée dans la chirurgie abdominale avec de très encourageants résultats, à la place des solutions antiseptiques, lesquelles offrent, par contre, le grave inconvé-

nient d'affaiblir la résistance des tissus envers les infections, ainsi que M. Hermann, déjà cité, a pu le démontrer à l'égard des staphylocoques et que l'expérience clinique le prouve incessamment à l'égard de tous les germes pyogènes. On n'a donc qu'à étendre l'usage de l'eau physiologique, convenablement stérilisée, dans la pratique des laparotomies en vue de redoubler l'activité phagocytaire du péritoine.

En général, le fait de s'assurer le concours des leucocytes dans tous les tissus et par tous les moyens dont nous disposons, pour compléter l'asepsie des plaies opératoires, irréalisable par les procédés antiseptiques, doit être un des principaux soucis du chirurgien.

C'est la thèse que j'ai soutenue dans mon article sur l'*évolution de l'antisepsie* et sur laquelle j'ai tenu à appeler votre bienveillante attention.

Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

Par P. REDARD et PAUL BESANÇON

Les observations dont nous présentons un résumé démontrent la valeur du traitement chirurgical et orthopédique dans la maladie de Little. Plusieurs de nos sujets auparavant infirmes et impotents, les membres immobilisés dans des positions vicieuses, marchent actuellement et se déplacent avec facilité. Nous appliquons depuis longtemps au traitement des affections spasmodiques de l'enfance la méthode que nous recommandons. Bien avant les mémoires de Vincent et La Bonnardière, de Lorenz, de Lebrun, de Hoffa, l'un de nous a publié en 1893 (1) un mémoire contenant la description détaillée des interventions orthopédiques qui doivent être conseillées dans la maladie de Little.

Sans décrire actuellement en détail la maladie de Little et ses nombreuses formes, nous devons signaler que tous les cas ne sont pas également graves; de grandes différences même existent entre les enfants dont les extrémités inférieures sont seules prises et ceux dont les membres supérieurs et souvent l'intelligence sont affectés; ces deux catégories, de quelque nom qu'on les appelle (car les auteurs ne sont pas d'accord sur l'opportunité de restreindre le mal de Little aux seuls paraplégiques (Brissaud) ou de l'étendre à tous les enfants nés avant terme ou difficilement et présentant une pseudo-paralysie spasmodique plus ou moins généralisée; ces deux catégories peuvent, au point de vue pratique, se distinguer en cas favorables et en cas difficiles; dans les premiers, les membres inférieurs sont seuls atteints; dans les seconds, la coexistence de la chorée, de l'athétose, de l'imbécilité, de l'idiotie font moins espérer du traitement. Au point de vue du résultat, il importe en effet de considérer l'état cérébral du sujet; ceux dont l'intelligence est conservée se prêtent, lorsque leurs membres sont redressés, à l'éducation de leurs muscles; ils font des progrès remarquables et apprennent à marcher en quelques mois; ceux au contraire atteints d'imbécilité ou d'idiotie se prêtent mal au traitement, qui est parfois impossible à appliquer.

Nous attachons encore une grande importance à l'état des muscles de nos malades; de nos recherches sur ce point, il résulte que les muscles sont surtout atteints de contracture spasmodique. Sans présenter au début de lésions anatomiques. Ils réagissent normalement ou avec excès à l'électricité, et ne présentent de signes d'atrophie que tardivement. Cet état particulier des muscles explique ce qu'on est en droit d'attendre du traitement orthopédique; le spasme une fois vaincu, le muscle peut reprendre toutes ses fonctions. L'atrophie et la réfraction musculaire ne surviennent que lorsque les membres ont été longtemps abandonnés dans une attitude vicieuse. De là l'indication de commencer le traitement le plus tôt possible. Rappelons que le chloroforme est un excellent moyen de se renseigner sur l'état des muscles et de discerner les contractures spasmodiques d'avec les rétractions musculaires et fibro-musculaires. Nous avons souvent constaté, pendant le sommei anesthésique, le disparition des contractures spasmodiques des adducteurs de la cuisse, des fléchisseurs de la cuisse et de la jambe, etc. La guérison de la maladie de Little étant exceptionnelle, les améliorations spontanées assez rares, nous conseillons d'intervenir le plus tôt possible et de combattre dès qu'elles apparaissent les attitudes vicieuses.

Le traitement que nous recommandons et qui se rapproche de celui qu'ont adopté dans ces derniers temps plusieurs auteurs, varie suivant la période, la forme et la gravité de l'affection spasmodique. Au début de la maladie on évitera les mauvaises attitudes des membres par des appareils simples qui remédient à l'influence fâcheuse de la pesanteur du drap. Parmi les moyens thérapeutiques les plus actifs, nous plaçons en première ligne *le massage, les manipulations. la gymnastique.*

Le massage agit utilement sur la contracture, sur les rétractions fibro-tendineuses et les épaississements périarticulaires, Les mouvements actifs et passifs, les exercices de mobilisation et d'assouplissement suffisent souvent pour vaincre des contractures assez prononcées; ceux qui ont pour but de produire une hypercorrection maintenue quelque temps sont très recommandables. Contre la contracture des adducteurs, très fréquente et très tenace, nous faisons des exercice d'écartement des cuisses, en maintenant pendant un certain temps, à l'aide d'une planche de bois entre les genoux ou les malléoles, une abduction maximum. Les exercices de gymnastique faits avec une grande patience permettent l'*éducation des muscles* des jeunes

(1) P. REDARD. Traitement orthopédique de la maladie de Little. *Revue de thérapeutique et de pharmacologie.* 25 novembre 1893.

malades ; ils servent à fortifier les muscles antagonistes affaiblis, à calmer l'hyperexcitabilité des muscles à l'état de spasme (le plus souvent les fléchisseurs). Ils permettent d'apprendre aux sujets à coordonner les mouvements, à placer la jambe en bonne position et à s'en servir pour la marche.

La suspension verticale nous a donné d'importantes améliorations ; nous recommandons aussi la suspension verticale pendant la marche : une poulie fixée à l'anneau de l'axe métallique de l'appareil à suspension ordinaire et glissant sur une longue corde horizontale permet au malade, qui n'a plus le poids de son corps à porter, de se déplacer en appuyant les pieds sur le sol. On indique au sujet les mouvements rhytmiques qu'il doit faire avec les membres inférieurs.

L'électricité statique, les courants faradiques et galvaniques seront employés suivant les règles que nous avons indiquées dans notre mémoire de 1893, avec de grands ménagements pour éviter l'action tétanique. Nous attachons une grande importance à la recherche dans tous les cas de maladie de Little des causes périphériques d'irritation : il faut lutter contre les habitudes d'onanisme, opérer les phimosis, détruire les adhérences du prépcue. Après l'excision du prépuce adhérent, nous avons noté chez ces enfants la disparition de la contracture des adducteurs.

Le traitement *mécanique* convient peu en général et ne doit être appliqué que lorsque les muscles ont été assouplis et redressés. Dans quelques cas on soutiendra le tronc dévié au moyen de corsets spéciaux. Nous avons retiré quelques avantages d'un appareil à traction élastique pour le redressement de la contracture en flexion de la cuisse et du bassin ; nous recommandons surtout les appareils qui permettent la marche, le tronc étant soutenu (chariot flamand, de Darrach, de Meigs Case, de Forest Willard.

Le traitement *chirurgical* est fréquemment indiqué et d'une importance capitale : le redressement forcé, manuel ou avec différentes machines, suivi d'immobilisation, sera très utile. Les membres déviés, les pieds bots seront redressés et immobilisés en hypercorrection dans des appareils plâtrés ; si les adducteurs sont contracturés, on fixera les cuisses dans l'abduction forcée maintenue par une planchette. Les plâtres doivent être laissés plusieurs semaines. Lorsque le spasme est intense et tend à se reproduire, nous appliquons des appareils successifs, jusqu'à ce qu'il ait cédé. Les ténotomies, les myotomies sous-cutanées ou à ciel ouvert rendent les plus grands services. Lorsque les moyens simples que nous avons énumérés plus haut ont échoué, lorsque les attitudes vicieuses sont maintenues par la rétraction fibreuse qui a succédé à la contracture spasmodique, il faut couper tout ce qui s'oppose au redressement et placer le membre en bonne position.

Contrairement aux recommandations de quelques auteurs (Charcot, Gowers), nous avons dans quelques cas exceptionnels de spasmes musculaires cédant sous le chloroforme, mais se reproduisant après, malgré divers traitements, retiré d'excellents avantages de ténotomies et myotomies. A la méthode sous-cutanée, nous préférons en général la méthode à ciel ouvert qui permet la section de toutes les parties profondes qui s'opposent au redressement ; les membres sont alors maintenus en hypercorrection dans un appareil plâtré pendant quelques semaines et, quelquefois plus tard, dans des appareils orthopédiques.

Nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer la section du nerf obturateur recommandée par Lorenz contre la contracture des adducteurs de la cuisse. Les manipulations forcées de ces muscles sous chloroforme, allant dans quelques cas jusqu'à la rupture, suffisent en général pour vaincre leur résistance.

On pourra, suivant le conseil d'Eulenburg, tenter par des greffes tendineuses de répartir plus également l'influx nerveux sur les deux groupes des péroniers latéraux et des muscles du tendon d'Achille.

Si nous examinons nos 30 observations au point de vue des résultats, nous notons que dans dix cas les résultats ont été excellents : les sujets, autrefois impotents, marchent avec facilité, presque comme les enfants de leur âge. Dans 15 cas des améliorations notables ont été obtenues, la marche s'effectue convenablement. Dans 5 cas, l'amélioration a été peu notable : il s'agissait de formes graves avec idiotie ou état cérébral très défectueux.

Nous ne pouvons donner ici que le résumé de quelques observations :

I. — D. T. Enfant né à terme (après deux autres frères bien portants) ; accouchement très difficile, mort apparente pendant plusieurs heures, convulsions. Contracture en flexion des deux membres inférieurs ; un peu de maladresse des mains. A l'âge de 5 ans, nous pratiquons sur lui la double section des tendons d'Achille (sous chloroforme) ; redressement des membres, grand appareil plâtré ; plus tard massage prolongé plus d'un an, mouvements passifs et actifs, éducation des muscles, appareil à tuteurs métalliques pendant plusieurs mois. Résultat excellent ; l'enfant qui ne pouvait marcher monte ses étages sans peine, va et vient parfaitement, l'intelligence est presque normale.

II. — L., Rose, deux ans en 1894. Née à 6 mois. Rigidité apparue très tôt, limitée aux membres inférieurs. Equinisme extrême, les essais de marche ne se font que sur la face dorsale des orteils qui frotte sur le sol. Massages prolongés au dispensaire, mouvements passifs répétés à domicile par la mère ; port d'appareils à tuteurs métalliques. Deux ans après, l'enfant va si bien qu'elle a pu faire quelques kilomètres à pied. En 1898, quoique le traitement ait été moins suivi à cause des occupations de la mère, l'enfant marche bien, va à l'école. La ténotomie ayant été refusée par les parents, un des talons ne pose pas tout à fait à terre, mais l'amélioration générale est manifeste.

III. — C., Henriette, 9 ans, habite la banlieue. Née à 6 mois ; extrêmement chétive ; a commencé, à 2 ans 1/2, à marcher sur la pointe des pieds ; équinisme prononcé ; jambes et cuisses fléchies et rigides ; intelligence en retard ; bégaie-

ment. Elle n'a subi jusqu'ici aucun traitement et ni la roideur, ni l'équinisme n'ont de tendance à diminuer ; les pieds sont froids et violets. En novembre 1896, section des deux tendons d'Achille ; double botte plâtrée que l'enfant garde quatre mois ; aussitôt après, massage, éducation musculaire. Six mois après, la marche est possible, le dandinement est moindre ; en février 1898, roideur très peu marquée ; la marche à grands pas est facile sans appareils ; l'enfant a pu aller à l'école et suivre ses classes. L'intelligence, en retard, s'est très améliorée.

IV. — P. E. Sept ans et demi au début du traitement (1894). Né avant terme (sept mois) ; convulsions répétées, strabisme alternant, intelligence légèrement en retard, un peu de chorée aux membres inférieurs. Double section du tendon d'Achille (en 1894), qui supprime définitivement l'équinisme. Massage et mouvements pratiqués très long temps, puis plâtre prenant les membres inférieurs.

En juin 1898, nous avons revu l'enfant, ses pieds sont bien, sauf un peu de valgus corrigé par les chaussures. Il y a encore un peu de contracture des adducteurs, malgré cela l'enfant va à l'école et peut faire à pied un à deux kilomètres.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire du médecin de campagne. — Les remèdes sous la main. — Les petits moyens en thérapeutique, par le Dr M. GAUTIER, ancien interne des hôpitaux. — Paris, Librairie. J.-B. Baillière et fils, 1899.

Il n'est pas toujours facile au praticien qui exerce à la campagne d'avoir à sa portée les moyens quelquefois compliqués qu'il trouve facilement à la ville. Il faut alors faire flèche de tout bois, s'ingénier pour se passer d'un instrument ou d'un appareil commode, pour appliquer un remède efficace quoique simple et facile à trouver. C'est cette idée qui a guidé M. Gautier dans la rédaction de son formulaire du médecin de campagne. En effet, on oublie trop souvent que le médecin peut trouver autour de lui des armes précieuses susceptibles de lui rendre les plus grands services, s'il sait les manier. Le médecin, dans n'importe quelle condition, ne doit pas négliger l'emploi de ces petits moyens qui n'éblouissent pas le vulgaire, mais qui sont toujours d'un précieux secours quand ils sont habilement maniés. Trousseau ne les méprisait pas et son exemple peut être suivi.

On trouvera dans ce volume les moyens thérapeutiques applicables dans les cas les plus fréquents et les plus urgents de la pratique courante, moyens qui consistent à tirer parti des plus minces ressources qu'on a à sa portée. Sans doute, l'auteur ne nous conseille pas de nous passer des médicaments ou des instruments nécessaires, mais ses conseils, dans les moments où l'on peut être pris au dépourvu, permettront d'attendre des moyens plus complets. A ce titre, ce petit ouvrage méritait d'être recommandé.

L. J.

Radioscopie et Radiographie cliniques par le Dr L. R. RÉGNIER chef du laboratoire d'électrothérapie et radiographie de l'hôpital de la Charité, avec 11 fig. dans le texte. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1899.

Le sujet de ce volume avait tout naturellement sa place dans la bibliothèque des *actualités médicales*. M. Regnier a traité cette question de manière à être utile au praticien qui a recours à la radiographie, c'est-à-dire en suivant pas à pas les indications de la pratique. Après avoir donné l'historique de la méthode et indiqué comment on produit les rayons X et de quelle manière on dispose les appareils pour les examens, l'auteur nous montre la radioscopie et la radiographie appliquée à la chirurgie, puis appliquée à la médecine. Ce dernier chapitre est plus nouveau. Si la radioscopie chirurgicale ne peut plus nous livrer que des cas plus ou moins curieux, la radioscopie médicale ne nous a pas encore fait connaître toute l'étendue de son action. Cependant combien de renseignements curieux ne donne-t-elle pas déjà dans les maladies du poumon, dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux, dans les altérations des os et des articulations. L'ouvrage se termine par trois autres chapitres sur la radioscopie appliquée à l'ophtalmologie, à l'obstétrique et sur l'endodiascopie, c'est-à-dire l'examen fait avec le tube introduit dans une cavité viscérale. Ce petit manuel se recommande à quiconque désire être au courant de cette nouvelle méthode d'examen et des services qu'elle peut donner.

L. J.

La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris, par P. LEFERT. 2e édition, Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce petit livre résume les moyens thérapeutiques employés journellement par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux d'enfants. La pratique des maladies des enfants relève d'indications assez spéciales pour justifier la publication d'un recueil où le médecin, en présence de difficultés journalières de la pratique, aura quelque satisfaction à trouver facilement sinon une solution à ces difficultés du moins des prescriptions et des modes de traitement autorisés. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la physionomie spéciale qui présentent beaucoup de maladies chez l'enfant ; c'est surtout sur ces maladies auxquelles l'âge donne un aspect particulier que l'auteur de ce recueil a légitimement insisté. On trouvera ainsi des développements utiles sur les adénopathies, sur les angines, l'antisepsie médicale, les maladies des voies respiratoires, notamment les bronchites et la broncho-pneumonie, les cardiopathies, le choléra infantile, la chorée, les convulsions, la coqueluche, la coxalgie, les diarrhées, la diphtérie, l'entérite, la fièvre typhoïde, le mal de Pott, le rachitisme, la scarlatine, la scrofule, les stomatites, les vers intestinaux. Dans cette édition entièrement refondue, nos

confrères trouveront plus de quatre cents consultations sur les cas les plus variés et données par un nombre respectable (60) d'autorités médicales en matière de pédiatrie. J'estime que cet ouvrage constitue pour le praticien un moyen commode et facile de se tenir au courant des nouveautés thérapeutiques, alors que ses occupations ne lui permettent pas toujours de faire des visites fréquentes dans les services.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Rhinite blennorrhagique chez les enfants. (D'après le *Deutcher Med. Zeit.*, 16, 99.) — Si l'on songe que la muqueuse nasale n'offre aucune résistance particulière à l'infection blennorrhagique et que le nez est plus accessible encore que les yeux protégés par les paupières à l'infection dans le vagin pendant l'accouchement, on s'étonnera à bon droit de ne trouver dans les recueils presque aucun renseignement à ce sujet. Cependant cette rhinite blennorrhagique ne serait pas aussi rare, puisque De Stella, à la clinique de Leman, a pu en recueillir quinze cas dans ces derniers mois. L'étiologie de la maladie est très simple. L'enfant naît avec un coryza purulent, auquel cas l'infection s'est produite dans le vagin, ou bien le coryza survient plus tard pas suite de l'infection par une ophthalmie purulente. Dans tous les cas observés par De Stella, les enfants étaient dans leur première année. Dans 9 de ces cas, on put démontrer avec certitude la présence du gonocoque de Neisser. Dans les autres, la preuve du gonocoque manquait, cependant il existait des microscoques pyogènes en quantité. L'aspect clinique est typique.

Les enfants tiennent la bouche ouverte, car la respiration par le nez, est complètement interrompue. Ils portent rapidement les mains à la poitrine qu'ils lâchent au bout de quelques secondes; ils dorment la bouche ouverte et ronflent. On trouve dans les cavités nasales des masses purulentes qui sont souvent tendues pendant les cris ou les pleurs de l'enfant. La muqueuse nasale est rouge, gonflée, catarrhale. Dans la plupart des cas on peut établir que la mère avait déjà pendant la grossesse un écoulement vaginal suspect. Il n'est pas rare qu'il existe en même temps une ophtalmie purulente. Le diagnostic de la rhinite blennorrhagique ne peut être porté avec sûreté que par examen bactériologique. En recherchant les gonocoques, on ne doit pas oublier de décolorer la préparation d'après le Gram pour distinguer le gonocoque des différents diplocoques qui existent dans les cavités nasales. Les suites de la blennorrhagie nasale sont très variables. L'obstruction du nez empêche les enfants de têter et les oblige à respirer la bouche ouverte. Ils respirent l'air froid, sec, bacillifère, dela des laryngites, des bronchites et des affections pulmonaires. En outre le gonocoque diminue l'action bactéricide du mucus nasal, ce qui prédispose aux infections secondaires,

Le pronostic est favorable lorsque la maladie est reconnue en temps utile. Lermoyez conseille des irrigations nasales avec de l'eau bouillie et l'insufflation d'une poudre consistant en nitrate d'argent 0,20 et poudre de talc 10°. De Stella badigeonne les deux cavités nasales avec un pinceau trempé dans une solution de protargol à 2 — 3 0|0; puis trois fois par jour il fait badigeonner le nez avec la pommade suivante.

Acide borique	1 gr. 50
Menthol	0,15
Vaseline	15,0

Au point de vue prophylactique, on recommande les mêmes règles que pour l'ophthalmie, soit l'installation dans le nez de quelques gouttes d'une solution de sublimé à 1 : 2000 ou d'une solution de protargol à 1 : 80.

L. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1899. — *Présidence de* M. Panas.

La Correspondance comprend des lettres de remerciements de Lord Lister et de M. Koch élus dans la dernière séance associés étrangers.

Mort de M. Bouchard (de Bordeaux). — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Bouchard, correspondant de l'Académie à Bordeaux, depuis 1891.

M. Albarba présente une malade chez laquelle il a fait le capitonnage de la poche avec anastomose latérale de l'uretère au bassinet dans un cas d'hydronéphrose.

Traitement de l'appendicite. — M. Reclus ne croit pas à l'existence de la colique appendiculaire. L'appendicite plastique ne lui paraît pas exister davantage; toutes les fois qu'il est intervenu en pareil cas, il a trouvé du pus, quelle que soit la période à laquelle l'intervention avait lieu.

Lors donc que M. Ferrand dit : « je laisserai volontiers aux chirurgiens les appendicites suppurées », cela permettrait aux chirurgiens d'attirer à eux toutes les appendicites.

M. Ferrand pourrait dire : « Puisque les appendicites suppurées guérissent si facilement qu'on a pu les prendre pour des appendicites plastiques, pourquoi ne pas les faire bénéficier du traitement médical » ; mais nous ne sommes pas assez sûrs du traitement médical pour pouvoir compter sur lui seul.

La grande majorité des membres de la Société de chirurgie, au moins 9 sur 10, déclarent qu'une appendicite, quelle qu'elle soit, doit être opérée; les chirurgiens se divisent en deux groupes inégaux lorsqu'on se demande à quelle époque il faut opérer : mais les opportunistes et les radicaux sont d'accord sur ce point que, du moment qu'un appendice a été enflammé, il doit être enlevé.

M. Tillaux. Dans la séance du 8 novembre 1898, M. Dieulafoy a fait ici un très important discours sur la toxicité des appendicites et il est revenu sur une théorie qui lui est chère, celle du vase clos. Sa 6e conclusion était celle-ci : avec un diagnostic bien fait, avec une intervention faite en temps

voulu on pare à tous les accidents. La 7e conclusion est ainsi conçue : on ne doit jamais mourir d'appendicite.

Cette affirmation répétée par tous les journaux alors que tout le monde s'occupe de cette discussion sur l'appendicite qu'on pourrait presque appeler l'*Affaire*, cette affirmation a jeté dans l'esprit de tous les chirurgiens un profond émoi. Quel est celui d'entre nous qui, tenant un bistouri à la main, pourra affirmer qu'une opération quelconque, même beaucoup moins grave que celle de l'appendicite, ne pourra jamais être suivie de mort. Une petite malade vue par M. Routier le dimanche matin, est opérée par lui le lundi à midi et l'opération a été suivie de mort. Il est difficile d'aller plus vite. L'affirmation de M. Dieulafoy permettrait d'accuser M. Routier d'avoir été la cause de la mort de sa malade soit par ignorance, soit par incurie, ce qui évidemment n'est pas.

M. Dieulafoy trouve que lorsqu'un médecin fait appeler un chirurgien, c'est le médecin qui prend toute la responsabilité de l'opération. Ce serait nous faire revenir de plus d'un siècle en arrière, à l'époque où un Desault, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, ne pouvait faire une opération sans l'assistance d'un médecin.

Peut-on dire en conscience qu'on ne guérit jamais une appendicite par le traitement médical? Assurément non; chacun de nous a des exemples du contraire; on diagnostique une appendicite : les accidents augmentent le lendemain et le surlendemain; vers le quatrième jour, la résolution commence, puis la maladie se termine les jours suivants. Dans d'autres cas, vers le quatrième et le cinquième jour, on voit que la maladie va se tourner vers la suppuration. Qu'entend-on par le mot d'opération faite en temps voulu? Cela ne veut pas dire qu'il faut opérer dès qu'on est en présence du malade, comme on opère immédiatement un malade atteint de hernie étranglée ou de luxation. Doit-on opérer quand les accidents forcent à agir? M. Dieulafoy parait bien, dans sa dernière communication, accepter cette interprétation et c'est ainsi que font tous les chirurgiens. Voilà donc une formule : si, au cours du traitement de l'appendicite, même à une époque très rapprochée du début, les phénomènes font croire que la maladie marche vers la suppuration, il faut immédiatement intervenir.

Si l'on pouvait accepter cette règle : toute appendicite aiguë doit être opérée séance tenante, ce serait beaucoup plus simple, il n'y aurait plus de discussion. Mais il y a un intérêt sérieux pour le malade à être opéré en dehors de la période aiguë ; je prie donc M. Dieulafoy de nous dire ce qu'il a entendu signifier par son expression « en temps voulu ».

Cette question de traitement de l'appendicite présente un grand intérêt, mais ce n'est pas le plus grand. Nous connaissons tous depuis longtemps la typhlite et la périlyphlite, les abcès de la fosse iliaque. Les recherches anatomo-pathologiques actuelles ont singulièrement éclairé cette question, mais, en somme, tout cela n'est pas absolument nouveau. Nous opérons plus fréquemment et nous opérons plus vite que lorsqu'il s'agissait d'un phlegmon de la fosse iliaque. Mais ce qu'il y a de réellement nouveau, c'est ceci : un malade est guéri d'une crise d'appendicite, il n'est plus malade, c'est alors que le chirurgien intervient et lui dit : maintenant que vous êtes guéri, il faut qu'on vous ouvre le ventre et qu'on vous enlève l'appendice. Voilà le grand progrès dans le traitement de l'appendicite, parce que cela est vrai et que cela sauvera beaucoup d'existences. En effet, l'appendicite est une maladie récidivante, c'est à la seconde ou à la troisième attaque que les accidents sont le plus graves; je crois que tous ces accidents surviennent après une première attaque et non pas à la première. Dans le cas de M. Routier où la petite fille a été opérée trente heures après le début de la maladie, l'appendice était énorme, comme en érection, dit M. Dieulafoy, et il contenait deux calculs; cela n'a pas pu se produire en trente heures; ce sont des stigmates indéniables d'accidents antérieurs.

Les médecins et le public devraient donc être instruits de ces faits : qu'il faut conseiller l'ablation de l'appendice aux sujets qui ont eu une première attaque. Je comprends qu'on hésite en présence d'une santé absolument parfaite, mais, dans ce qu'on a appelé l'appendicite à rechutes, il faut conseiller l'opération.

Commissions de prix pour 1899.

Prix de l'Académie : MM. Sée, Malassez, François Franck ;
Prix Alvarenga : MM. Dieulafoy, Peyrot, Regnard.
Prix Amussat : MM. Tillaux, Richelot, Delorme.
Prix Argenteuil : MM. Guyon, Monod (Charles), Le Dentu,
Prix Barbier : MM. Railliet, Roux, Ferrand.
Prix Bourceret : MM. Chauveau, Cornil, Malassez.
Prix Buignet : MM. Gaulier, Gariel, Marly, Bourguelot, Duguet, Lucas Championnière.
Prix Capuron : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Pozzi.
Prix Chevillon : MM. Besnier, Berger, Richet.
Prix Civrieux : MM. Magnan, Richer, Motet.
Prix Clarens : MM. Proust, Colin, Vallin.
Prix Daudet : MM. Chauvel, Terrier, Lanceroaux.
Prix Desportes : Section de thérapeutique.
Prix Godard : MM. Labbé, Terrier, Reclus.
Prix Herpin, de Genève : MM. Magnan, Motet, Richer.
Prix Laborie : Section de chirurgie.
Prix Baron Larrey : MM. Huchard, Le Roy de Méricourt, Laveran.
Prix Laval : MM. Jaccoud, Debove, Brouardel.
Prix Lefèvre : MM. Laborde, Richer, Motet.
Prix Lorquet : MM. Motet, Fernet, Magnan.
Prix Meynot : MM. Chauvel, Javal, Panas.
Prix Monbinne : MM. Lucas-Championnière, Nocard, Landouzy.
Prix Nativelle : MM. Hanriot, Jungfleisch, Bourquelot.
Prix Pourat : MM. Pouchet, Marey, Robin.
Prix Ricord : MM. Lancereaux, Hallopeau, Fournier.
Prix Vernois : MM. Nocard, Vallin, Brouardel.

Note sur un cas de fœtus monstrueux double monophalien stémopage. — M. le Dr Barette (de Caen), Les fœtus monstres sont morts une heure avant la terminaison de l'accouchement, ils sont à terme tous les deux et pèsent un total de 3 kilogs 700. Très bien conformés ils ne présentent d'intéressant, au point de vue anatomique, que l'accolement des deux thorax formant une cavité unique, dans laquelle on trouve un cœur médian volumineux constitué par l'accolement sans limite visible des deux cœurs, accolement par ventricules similaires.

A 4 h. 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Richer sur les candidats au titre d'associé libre.

La liste de présentation comprend : 1° M. Filhol; 2° M. Galippe ; 3° ex-aquo par ordre alphabétique MM. Commenge et Corlieu ; en 4° ligne ex-quo MM. Galezowski et J. Voisin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars. — Présidence de M. Raymond.

Traitement essentiel avec stigmates d'hystérie. — MM. Antony et Rouvillois, Un jeune soldat de vingt-deux ans tremble depuis l'âge de sept ans, à la suite d'une chute à l'eau. Ce tremblement est limité à l'avant-bras et à la main du côté droit. La main est agitée par un mouvement de flexion et d'extension qui persiste au repos, s'exagère pendant les mouvements intentionnels, mais permet cependant l'exécution des mouvements voulus ou ordonnés. Le malade, d'intelligence très ordinaire, peut écrire ; son écriture rappelle complètement celle des trembleurs héréditaires. La main s'agite vivement jusqu'au moment où le crayon ou la plume se fixent sur le papier. Il trace alors quelques caractères à peu près nets, puis se repose et tremble quelques secondes; après cette pause, il repart et continue de même. Tous les traitements mis en œuvre, loin d'amender le tremblement l'ont plutôt accentué.

La mère est atteinte de débilité intellectuelle et a des habitudes alcooliques.

On constate chez cet homme l'existence de quelques stigmates hystériques. Le champ visuel est rétréci concentriquement, le rétrécissement est plus marqué pour le vert, moins pour le rouge, le blanc et le bleu. On constate une faible anesthésie généralisée, mais la diminution des sensations est surtout accentuée au niveau de la main droite, jusqu'au poignet. Le malade sent les objets qu'il touche, mais il ne peut indiquer l'endroit où a lieu un contact expérimental. Les sensations douloureuses sont abolies ; la thermoesthésie est altérée.

Malgré l'existence de ces stigmates, en raison de l'ancienneté de ce tremblement, de sa résistance à tous les modes de traitement, en raison de la suspension temporaire de la tremulation lors de l'accomplissement d'un acte déterminé, nous pensons que cette affection se rattache au tremblement essentiel, qui se développe souvent chez les enfants de névropathes et d'alcooliques.

M. Raymond croit aussi qu'il s'agit bien d'un tremblement héréditaire et non d'un tremblement hystérique. Le début à 7 ans, les antécédents héréditaires et, plus encore, la suspension temporaire du tremblement dans les mouvements intentionnels justifient ce diagnostic.

Surdi-mutité hystérique. — M. Antony présente un homme de 25 ans dont les antécédents héréditaires sont nuls ; il aurait eu, vers l'âge de 15 ans, une fièvre typhoïde qui aurait déterminé de la surdité pendant quinze jours environ ; mais rien de bien précis à ce sujet. Ce malade s'engagea, en septembre 1897, dans la légion étrangère. En mars 1898, sans cause connue, il ressentit une céphalalgie intense et tomba frappé d'un ictus convulsif dans la cour de la caserne. Quand il reprit ses sens, il lui était devenu impossible de parler et d'entendre. Il fut réformé en février dernier et, désormais libéré de toute obligation militaire, il se rendit à Paris pour obtenir la guérison de son affection.

On ne constate chez lui aucun stigmate hystérique ; tous les mouvements de la langue et des lèvres peuvent être effectués. Il est très intelligent et prompt à donner par écrit tous les renseignements qu'on lui demande. Le larynx, ainsi que les oreilles, ne présentent rien de pathologique. On remarque seulement un goître médian, qui augmente visiblement pendant les efforts. Ce goître est légèrement plongeant lors de la déglutition.

Spondylose rhizomélique. — M. Georges Gasne. Il s'agit d'une femme et toutes les observations jusqu'ici se rapportent à des hommes.

Le début a été particulièrement insidieux, sans douleur d'aucune sorte.

L'ankylose des hanches s'est faite non seulement en flexion, mais encore en abduction et rotation externe ; l'ankylose de la colonne vertébrale a respecté la région cervicale et les articulations des côtes. On ne constate aucun craquement, aucune exostose, aucun empâtement.

L'évolution surtout est remarquable ; l'affection s'est montrée une première fois et a disparu complètement sans laisser aucune trace ; c'est une véritable récidive qui est actuellement observée et l'évolution se dessine nettement vers l'amélioration. Dans les observations citées par M. Marie, l'amendement des phénomènes est noté à plusieurs reprises, mais jamais il n'est question de la disparition complète des symptômes : l'impression qui reste de l'étude de la spondylose rhizomélique est celle d'une affection incurable, inexorablement progressive, si grave qu'on n'a pu lui opposer que la résection des deux hanches.

M. le professeur Raymond a cité un cas de sa clientèle où l'amélioration a été très franche ; l'observation que j'apporte ici est frappante à cet égard.

Il n'y a malheureusement pas de renseignements à tirer de ce fait au point de vue étiologique ; on trouve seulement des infections dans le jeune âge et un terrain peu résistant.

Gangrène pulmonaire. Pneumotomie. Mort par tuberculose aiguë. — M. Fernet communique, en son nom et au nom de M. Lejars, une observation de gangrène pulmonaire, consécutive à une pneumonie, observée chez un homme de 51 ans, bien portant jusqu'à sa pneumonie, imputable, suivant toutes probabilités, à un refroidissement. Pneumotomie. Mort six semaines après par tuberculose aiguë. A l'autopsie, on découvrit une infiltration tuberculeuse généralisée aux deux poumons. La gangrène pulmonaire était limitée au lobe supérieur droit dont elle occupait tout le centre. Elle avait la forme d'une poche allongée de 7 centimètres de long sur 4 de large.

L'opération avait donné issue à un énorme bourbillon gangreneux, véritable paquet de filasse, gros comme un œuf de poule ; la cavité fut nettoyée directement au moyen d'une injection d'eau bouillie chaude, et, dans les jours qui suivirent l'opération, par les deux gros drains qui avaient été laissés en place.

L'opportunité de l'opération n'était pas douteuse, le foyer étant bien limité et ayant été facilement diagnostiqué en tant que siège. Les lésions, en effet, étaient assez étendues et assez superficielles. D'autre part, le traitement médical ne donnait aucun résultat. L'intervention n'a pas été certainement la cause de l'évolution tuberculeuse. On peut supposer que le foyer gangréneux se sera développé dans

une partie de poumon déjà atteinte de tuberculose ou bien que le malade est devenu tuberculeux dans les salles où, malheureusement, les germes pullulent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement de l'appendicite. — M. Picqué, à propos de trois cas de pseudo-appendicites nerveuses, qu'il a observées, montre combien ces cas sont difficiles à diagnostiquer. L'hystérie peut simuler à s'y méprendre l'appendicite. Quelquefois l'appendicite existe réellement et se trouve modifiée dans son aspect clinique par le fait de l'hystérie concomitante.

M. Bazy fut un jour appelé à Plombières auprès d'une jeune mariée qui, au cours de son voyage de noces, fut prise soudain d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. M. Bazy diagnostiqua une névralgie pelvienne chez une hystérique et refusa d'intervenir, malgré les sollicitations des médecins qui pensaient à une attaque d'appendicite. Il s'agissait effectivemeat d'une simple névralgie.

M. Quénu reconnaît combien il est difficile de diagnostiquer au début les formes légères d'appendicite et c'est pour cette raison qu'il combat le principe de l'intervention absolue.

M. Tuffier reconnaît que l'intervention hâtive expose à des erreurs de diagnostic et il rapporte une erreur personnelle. Appelé auprès d'un malade présentant un état général très grave, 41°, douleur dans la fosse iliaque droite, chez qui les médecins avaient diagnostiqué une appendicite hypertoxique, il opère le lendemain et trouve un appendice très long, oblitéré en son milieu par le fait d'une appendicite ancienne, mais ne présentant actuellement aucune inflammation. Les jours suivants, l'état général continue à s'aggraver et c'est alors que M. Tuffier pense à une affection médicale. L'épreuve du séro-diagnostic lui donne raison en démontrant qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde.

M. Hartmann répond au reproche qui est fait aux interventionnistes d'opérer sans diagnostic ferme. Ils n'opèrent, au contraire, que sur la constatation de signes bien nets : douleur, défense musculaire, état du pouls.

M. Peyrot. Sur 102 cas, 26 opérations à froid et 76 à chaud, existaient 23 péritonites généralisées et il y eut 3 guérisons. Si dès le début avaient été opérés tous les malades, la mortalité eût été moins grande et presque nulle ; or, comme il est impossible au début de reconnaître quel sera le pronostic d'une appendicite, il serait beaucoup préférable d'opérer d'emblée.

Que les médecins sachent que l'appendicite est une affection traitresse et meurtrière et qu'il est urgent d'opérer d'urgence.

Le traitement ne doit pas être médical, la résection est le traitement idéal et elle doit être aussi hâtive que possible.

Luxation congénitale de la hanche. — M. Ricard. J'ai appliqué le traitement de Lorenz dans trois cas. Dans deux je n'ai pu obtenir la réduction. Dans le troisième, j'ai pu réduire la tête que j'ai maintenue par l'appareil compressif de Lorenz.

M. Kirmisson. Je proteste.

Traitement du tétanos. — M. Quénu fait un rapport sur 6 cas de tétanos traités par les injections intra-cérébrales de sérum qui n'ont donné qu'un résultat discutable.

M. Berger. Il ne faut pas trop compter sur le sérum anti-tétanique. Nombre de cas ont été des erreurs de diagnostic.

On est conduit à recourir au traitement local, c'est-à-dire l'amputation, tout en employant le sérum comme adjuvant.

M. Peyrot. L'amputation est encore le meilleur traitement du tétanos et dans un cas récent je pense que c'est certainement l'amputation et non le sérum qui a amené la guérison du malade.

M. Lucas-Championnière. J'ai amputé, je n'ai pas amputé, mes malades ont guéri et ont péri, et ceux qui ont guéri sans que je les ampute, on aurait attribué leur guérison à l'amputation si je l'avais faite.

Fracture de la jambe. Maintien de la jambe en flexion sur la cuisse, guérison. — Présentation du malade par M. Quénu.

Actynomycose cervico-faciale typique. — Présentation du malade par M. Legueu.

Anus contre nature consécutif à une hernie crurale. Intervention. Guérison. — Présentation de malade par M. Schwartz.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Séance du 27 février 1899. — Présidence de M. Verchère.

Deux cas de stercorrhémie pendant les suites de couches. — M. L. Dubrisay. Il s'agit de deux observations dans lesquelles des malades, en dehors de toute *infection utérine*, présentèrent des accidents fébriles dus exclusivement à l'accumulation de matières fécales dans l'intestin.

Le premier cas a trait à une secondipare chez laquelle on dut terminer l'accouchement par une application de forceps (enfant vivant de 4.500 gr.) et faire la délivrance artificielle. Suites de couches parfaites jusqu'au 13e jour après l'accouchement, où la malade fut prise le soir d'un grand frisson, suivi d'une température de 39°, pouls à 120. Comme on ne trouvait *rien du côté des organes génitaux*, ni du *côté des seins*, et que d'autre part la langue était saburrale, le ventre ballonné et douloureux sur tout le trajet du colon, on pensa à de la stercorrhémie ; on administra un lavement purgatif et de l'huile de ricin. A la suite d'évacuations alvines abondantes et horriblement fétides, tout rentra dans l'ordre dès le lendemain. Le 19e jour, mêmes accidents, même traitement. La malade guérit et put sortir au bout de 28 jours en parfait état.

Dans la deuxième observation, c'est le 4e jour que les phénomènes de pseudo-infection intestinale se produisirent avec une intensité telle qu'à un moment, on put croire à des phénomènes de péritonite. Sous l'effet d'un traitement approprié, au bout de 48 heures tout était fini.

On croit donc que, dans certains cas, en dehors de toute infection puerpérale vraie, la constipation peut produire

des phénomènes fébriles graves qui parfois pourraient donner le change.

On ne saurait donc jamais trop surveiller les fonctions digestives chez les nouvelles accouchées.

M. Berthod. Les faits rapportés par M. Dubrisay sont fort intéressants et ne sont pas rares. On a même dit qu'il se produisait souvent après l'accouchement *fœtal* un deuxième accouchement *fécal*.

Dans certains cas ces accidents peuvent simuler l'appendicite. Je me rappelle notamment le fait de la femme d'un confrère chez laquelle le diagnostic est resté pendant plusieurs jours incertain, entre l'infection puerpérale, la typhlite, et la constipation simple.

M. Cazaux. Même dans les cas ne relevant pas de l'obstétrique, il faut toujours penser à l'intestin quand on ne trouve pas d'autre cause expliquant les phénomènes généraux observés. Un simple purgatif fait souvent tout rentrer dans l'ordre.

M. Dalchez. J'ai observé chez une femme, à la suite d'un accouchement gémellaire laborieux, une constipation qui a abouti à une obstruction intestinale. Ce cas malheureux s'est terminé par la mort.

M. Verchère. L'intestin joue un grand rôle chez toutes les blessées abdominales, aussi bien celles qui viennent de subir un traumatisme chirurgical, que les accouchées. Il forme une barrière contre les infections péritonéales. Lorsque après accouchement ou opération il se produit de la rétention fécale, deux cas sont à considérer : Si l'intestin joue bien son rôle physiologique, l'intoxication est légère et quelques purgatifs en ont raison.

Mais si l'intestin a été plus ou moins intéressé par le traumatisme surtout à la suite des opérations laborieuses où on a dû y toucher, il se trouve parésié par ces manipulations et se laisse traverser par les toxines qui se déversent dans le péritoine.

On a de la constipation dans le premier cas, de l'obstruction intestinale dans le second cas. Et on peut observer suivant la localisation de la lésion, des symptômes d'appendicite, de hernie étranglée, ou d'étranglement interne.

L'état du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. — M. Forestier (d'Aix-les-Bains), a étudié l'état du réflexe du tendon d'Achille dans 40 cas de sciatique, observés à l'hôpital et dans sa clientèle, à Aix-les-Bains, où viennent de nombreux malades atteints de cette affection. L'abolition ou l'affaiblissement de ce réflexe du côté atteint de sciatique ont été signalés pour la première fois par M. Babinski (Société méd. des hôpitaux, 1896). Chez ce. 40 malades, M. Forestier a trouvé le réflexe du tendon d'Achille *aboli* 8 fois; *affaibli* 17 fois; *non modifié* 13 fois; *exagéré* 2 fois. Ainsi le nouveau signe observé par M. Babinski existerait dans plus de la moitié des cas. Cette proportion élevée, et qui plus est l'objectivité du signe, lui donnent une valeur diagnostique considérable, L'arthrite de la hanche est si souvent prise pour la sciatique qu'un nouveau signe n'est pas superflu pour les distinguer; il n'existe pas dans l'arthrite de la hanche, ce que M. Forestier a constaté dans de nombreux cas. Quant à la valeur pronostique du nouveau signe, elle paraît moins établie. Le signe peut manquer dans les sciatiques névrites ou exister dans les sciatiques névrites. Cependant la majorité des cas où le réflexe était diminué ou aboli étaient cliniquement des sciatiques graves. L'inconstance du signe s'explique en raison des variétés nombreuses du syndrome qu'on appelle sciatique.

MEMENTO PRATIQUE

La minéralisation intensive dans la phtisie pulmonaire. — Dimitropol, considérant que les terrains les plus propices au développement du bacille de Koch sont ceux où il y a insuffisance des éléments organiques et chimiques qui, par leur combinaison avec les alluminoïdes, assurent la résistance de l'organisme, en conclut que la meilleure façon de soigner les tuberculeux serait :

De minéraliser fortement l'organisme et de l'alimenter très substantiellement tant d'une façon naturelle qu'artificielle. C'est ainsi qu'on pourra retarder la tuberculisation et favoriser la cicatrisation crétacée ou scléreuse de la partie lésée.

Dimitropol prescrit à cet effet : Tous les matins, pendant trente à quarante jours successifs, le mélange nutritif :

Jaunes d'œufs	4 ou 5.
Pepsine	1 gramme.
Lait chaud	400 grammes.

On mélange intimement le tout que l'on peut aromatiser avec un peu de vanille.

Dix minutes après que le malade a pris ce lait de poule spécial, il mange une tartine avec 50 grammes de beurre frais dans lequel on incorpore une demi-cuillerée à café de sel de cuisine.

Si l'on a affaire à des malades très amaigris, il faut, en même temps, leur administrer des lavements nutritifs composés de 4 jaunes d'œufs, 25 grammes de peptone liquide, 5 grammes de sel et 90 grammes de bouillon chaud.

Les malades prennent en outre journellement trois à six des poudres suivantes :

Phosphate de chaux tribasique	2 grammes.
Phosphate de soude	50 centigrammes.

Après chaque repas on peut encore leur donner 3 à 4 cuillerées à café de solution de chlorhydrophosphate de chaux dosée à 10 p. 100.

Cette médication doit être ponctuellement suivie pendant 6 semaines; après quoi on diminue la dose tout en continuant le remède pendant six mois.

Il est avantageux d'y revenir plus tard encore avec certaines intermittences.

De plus, les malades prennent quotidiennement 15 gr. de sel de cuisine mêlés aux aliments déjà salés. Le sel est jugé comme un condiment indispensable, à la dose de 8 grammes par jour, au moins.

L'alimentation journalière devra comporter :

500 à 600 grammes de viande;

Un litre de lait;

Trois œufs préparés au gré du malade;

Du poisson, des légumes et parmi ceux-ci les plus riches en azote et en matières minérales, comme les pois, les lentilles, les haricots... (*Journal de méd. de Paris*)

Les cures de raisin, par Deguy (*Journal des Praticiens*, n° 34, p. 537, 1898). — Les cures de raisin sont recommandées depuis longtemps.

D'après Henri et Chevalier le raisin contient :

Matières albuminoïdes.....	1.7
Sucre.....	12 à 20
Substances minérales.....	3
Eau.....	75 à 83

Un kilo de raisin ne renferme que 6 gr. d'albumine environ, mais contient, par contre, 150 gr. de sucre.

Les raisins ont une action diurétique réelle, et dans la plupart des cas légèrement purgative.

D'après Dujardin-Beaumetz, le raisin est très utile dans le traitement des dyspepsies atoniques et particulièrement dans celles qui s'accompagnent de constipation, comme chez les goutteux.

Pour Pingre, la cure de raisin est indiquée dans la diarrhée chronique qui survit à la dysenterie paludéenne, Zimmermann vante également les cures de raisin dans les diarrhées chroniques ; Munk et Ewald la considèrent comme efficace dans la cystite chronique.

Elle est indiquée chez les individus habituellement constipés, atteints de pléthore abdominale, d'hypérémie du foie ; enfin, d'après Curchod, elle possède une influence heureuse sur la scrofulose ?

Dans les cardiopathies, la cure de raisin peut rendre de réels services. Sous l'influence de la cure, la circulation devient plus active, le pouls plus plein, plus ample, les urines abondantes.

VARIÉTÉS

De l'abus des néologismes.

S'il faut des mots nouveaux pour exprimer des idées ou des choses nouvelles, au moins faut il que ces mots soient composée selon les règles de la philologie. De tous les idiomes, c'est la langue grecque qui se prête le mieux à la formation des mots nouveaux, et, par un illogisme assez bizarre, l'étude du grec semble disparaître de l'enseignement classique.

Le professeur Piorry, dans sa nomenclature, avait encombré la science d'une foule de mots tirés du grec, et quelques-uns ont eu la bonne fortune de lui survivre. Mais depuis les travaux de l'école microscopique, l'onomatologie s'est accrue et le néologisme a fait et continue son invasion.

Voici, par exemple, un mot nouveau qui demande ses lettres de naturalisation : c'est le mot *méiopragie*. Entré au monde sous le patronage d'un puissant parrain, il a, avec son aspect barbare, autant de chances de longévité que le mot *pollakisurie*.

Nous avons déjà dit ce que nous pensons de ce dernier mot. Nous croyons que les Grecs, même ceux du Bas-Empire, s'ils revenaient sur terre, ne voudraient pas le reconnaître. Quant aux néo-Grecs, assurément ils ne le reconnaissent pas. Pourquoi ? C'est qu'il n'est pas d'usage dans la philologie d'associer deux mots non faits pour vivre ensemble, quelle que soit la liaison qu'on emploie. Si l'on n'allie généralement pas un adverbe avec un substantif, il n'en est pas de même de l'adjectif qui est le complément grammatical et rationnel du substantif, Or le mot *pollakisurie* a été forgé de l'adverbe πολλακις (*souvent*) et du substantif οὖρον (*urine*). Au lieu d'un adverbe, il faudrait un adjectif, et l'adjectif συχνός (*fréquent*) convient parfaitement. Et la preuve, c'est que les Grecs modernes l'emploient; ils disent συχνουρεῖν pour signifier *pissoter*, ou bien συχνοκατουρεῖν,, le mot κατά indiquant le mouvement de haut en bas. Moreau-Wolf avait déjà employé le mot *sychnurie*. Grammaticalement le mot *pollakisurie* est un barbarisme, et doit disparaître du vocabulaire et être remplacé par le mot *sychnurie*, si l'on tient à un vocable d'origine grecque.

Le mot *méiopragie*, dont nous parlions plus haut, n'a pas plus sa raison d'entrer dans le vocabulaire médical. Son parrain l'a formé du mot μεῖον (*moindre*) et il a inventé le barbarisme πραγεία, mot qui n'existe ni dans le grec ancien, ni dans le grec du moyen âge, ni dans le grec moderne. Il a évidemment voulu dire πρᾶξις (*action*). Ce serait alors *méiopraxie* qu'il faudrait lire, pour désigner la diminution de l'action vitale, ou mieux *miopraxie*, ει se prononçant ι en grec moderne. Et si l'on tient encore à un mot gréco-français, pourquoi pas *hypopraxie* ?

L'ophthalmologie et la chirurgie s'en sont donné à cœur joie, et notre vocabulaire médical serait à refaire ou au moins à doubler. Avec tout ces néologismes barbares, nous retombons dans le M. Purgon de Molière, qui connaissait la bradypepsie, l'apepsie, etc. Nos néologues prennent dans leur dictionnaire grec un mot racine, et à l'aide des préfixes *a*, *dys*, *hypo*, *hyper*, ils établissent une classification quelquefois fantaisiste.

Avec le mot ὀπός *suc*, on vient de forger le mot *opothérapie*, et je vois bientôt poindre le mot *opophagie*, que l'on va donner sans doute au traitement par l'ingestion du suc thyroïdien. Un professeur à l'Ecole secondaire de Caen avait employé, il y a plus d'un demi-siècle, le mot *isophagie* dans un sens analogue. Mais de ce que le parrain du néologisme *opothérapie* a eu la main heureuse, il ne s'ensuit pas qu'il doive avoir autant de succès avec le mot *phagothérapie*, qui nous paraît un peu étrange. Φαγεῖν signifie *avaler*, *manger* : on s'en était déjà servi pour faire le mot *dysphagie*, difficulté d'avaler, d'exercer la déglutition. Mais le néologisme *phagothérapie* est plus que barbare. Si le parrain du mot *phagothérapie* a voulu exprimer l'idée de traitement par l'alimentation, il n'avait qu'à prendre le mot βρῶμα, βρώματος qui signifie nourriture, alimentation et le joindre au mot racine θεραπεία, *thérapeutique*, et il aurait créé le mot *bromatothérapie*, qui aurait eu pour lui la correction philologique. Et s'il eut voulu spécifier les différents traitements, il aurait eu la *créatothérapie* (κρέας, chair), l'*œnothérapie* (οἶνος, vin), l'*hématothérapie* (αἷμα, sang), etc., néologismes dont le besoin ne se fait nullement sentir.

Si la langue grecque se prête merveilleusement à tous ces néologismes scientifiques, nous pensons qu'il

ne faut pas en abuser et encombrer la langue française, déjà si riche par elle-même, d'une pléthore de mots nouveaux, qui nous reporteraient au temps si justement critiqué par Rabelais. Ce qui nous surprend, c'est que cette épidémie de néologismes se manifeste justement à une époque où l'on constate un notable affaiblissement des études classiques.

Il appartenait au professeur d'histoire de la médecine, plus qu'à tout autre, de barrer le chemin à cette nouvelle invasion de barbares ou de barbarismes, et nous pensons que celui qui va s'asseoir dans cette chaire nous montrera qu'on peut être à la fois un savant médecin et un érudit. Il n'y a pas d'incompatibilités.

Puisque nous sommes en France, parlons donc un bon français plutôt qu'un mauvais grec. Il vaut mieux exprimer une idée en deux ou trois mots clairs qu'en un mot barbare, et je termine en disant, comme Alceste, avec notre grand comique.

J'en pourrais, par malheur, faire d'aussi méchants,
Mais je me garderais de les montrer aux gens.

A. CORLIEU.

Un médecin à la belle étoile en l'an de grâce 1899.

Ceci n'a rien à faire avec les difficultés techniques de notre art, mais ne doit point être passé sous silence, car le corps médical est frappé tout entier dans la triste aventure que je crois intéressant de conter.

Le propriétaire, mes confrères, se ligue désormais contre nous et le bras de son concierge tendu nous crie : *Vade retro* ! « Ah! pauvre médecin famélique, tu as besoin d'être éveillé la nuit pour gagner ta misérable vie (vie de misère) et pouvoir me payer tous les trimestres la forte somme; mon pipelet doit tirer le cordon pour que tu puisses soulager ce malheureux qui se tord sur son lit de douleur ou cette femme qui accouche difficilement et te réclame à sa famille éplorée ! Tant pis pour toi, tant pis pour ton malade ! Désormais je ne veux plus pour locataires que des millionnaires; libre à eux d'appeler un médecin la nuit, si bon leur semble troubler le repos de mon cerbère et user le tapis de MON escalier, quant à toi couche sous les ponts si tu veux, tu n'entreras pas chez moi. »

Et dire que je n'exagère rien, du reste bien d'autres n'ont-ils pas subi la même rigueur? J'entre maintenant dans le vif. Actuellement en butte aux ennuis d'un propriétaire qui n'a pas tenu les engagements qu'il avait pris avec moi parce qu'ils étaient verbaux, j'ai dû chercher asile ailleurs. J'ai vu une énorme quantité d'appartements à louer, c'est prodigieux ce qu'il y a d'étages vides à Paris, dans le nombre sept seulement paraissaient satisfaire mes goûts et mes modestes (oh! combien) exigences matérielles.

Je prends donc mon humble plume de... locataire et je demande très respectueusement à cinq propriétaires d'immeubles l'autorisation de transporter mes pénates chez eux. Deux de mes lettres sont restées sans réponse; je n'ai pas autrement insisté sachant ce que ne point parler veut dire.

L'une des destinataires (je la vois d'ici, sèche, nez allongé, vieille, ridée, toussotant, traitant son médecin de cancre et de vieille bête... j'en passe et des meilleurs) m'a répondu que ma profession ne lui convenant pas, sa maison de la rue Auber ne pouvait me donner asile.

Un quatrième ne veut pas de moi sans autre forme de procès.

Le cinquième veut bien me louer bourgeoisement au prix fixé, mais si je dois exercer ma profession de médecin ou de dentiste il augmentera son loyer annuel de huit cent francs. Ce doit être pour le tapis!

Il me restait deux appartements, c'était maigre. Les deux réponses étant semblables, je citerai seulement la dernière. J'avais affaire à deux gérants et tous deux architectes. Je ne sais si leur arrogance, leur pédantisme et leur fatuité font partie intégrante de la profession, mais les deux que j'ai vus me semblaient résumer tout ce qui se fait de mieux en ce genre de qualités morales. Quoiqu'il en soit, après les préambules de présentation, jetant un coup d'œil sur ma carte, le personnage en question contractant ses muscles périlabiaux dans une moue significative :

— « Médecin? oh! monsieur je ne puis vous louer, c'est une maison bourgeoise et dame, vous comprenez, on s'expose à rencontrer des malades qui peuvent avoir des maladies contagieuses. C'est une profession aussi honorable qu'une autre... »

— « Ah! merci, répondis-je. »

Il commençait à m'échauffer les oreilles, le dessinateur, et je suis du Midi avec ça! Je retins cependant ma langue, j'avais déjà essuyé pas mal de refus! les propriétaires m'avaient mis au pas!

Vous jugez de ma stupéfaction et je pensais clouer mon individu en lui répondant ceci :

— « Je suis docteur en médecine, je suis dentiste et je n'ai jamais l'occasion de recevoir des contagieux. »

Mon interlocuteur, accentuant sa moue, se lève pour me donner congé, et me reconduisant tout doucement, me dit :

« C'est impossible, vous comprenez, vos clients crient et puis ils crachent dans l'escalier... »

Mes chers confrères, je jure devant vous, devant Dieu même, comme on dit dans la chanson des Myrtes, que c'est textuel! Une syncope ne m'aurait pas plus paralysé, celle-là était trop raide et je ne pouvais la déglutir; je reprends mes forces cependant et ne puis que terminer ainsi cet aimable entretien :

« Cracheriez-vous dans l'escalier si vous veniez chez moi? je l'ignore, mais jusqu'ici ma clientèle ne m'a pas permis une seule fois de constater cette inconvenance. » Et je n'ai pas demandé mon reste.

Ainsi donc j'ai une position, paraît-il, tout aussi honorable qu'une autre (allons, tant mieux!), mon concierge et mon propriétaire actuels peuvent fournir des références de tout repos et désintéressées, je ne fabrique ni fausse monnaie ni matières explosibles, je n'ai ni enfants, ni chiens, ni chats, je puis fournir un certificat de bonnes vie et mœurs, immaculé de toute condamnation, et il se trouve des gens assez sots pour me raconter les balivernes que vous savez et me refuser l'hospitalité dans leur maison contre espèces sonnantes, sous le fallacieux et stupide prétexte que je puis recevoir des contagieux ou des malpropres qui cracheront dans l'escalier.

Devons-nous demander asile au pont Mirabeau ou pousser l'amour de l'alliance russe jusqu'à s'abriter sous le pont Alexandre III, quand il sera déblayé toutefois!

Et l'on vous menace d'une loi Peytral! Je demande alors

qu'on ajoute pour nous un petit alinéa : Nul ne pourra refuser une location à un médecin si le contrôleur certifie qu'il paie à des intervalles aussi rapprochés que réguliers une somme de... fixée au préalable. Comment l'on veut nous imposer des contributions fantastiques et l'on ne veut pas nous loger! Je ne voudrais pas être soupçonné de socialisme révolutionnaire, mais l'on a parlé d'un livre rouge, jaune ou bleu contenant le nom des clients véreux et mauvais payeurs, j'adjure mes confrères de l'établir au plus vite et d'y ajouter les propriétaires qui refuseront de nous céder, souvent à des prix fantastiques, un salon étriqué, un cabinet de consultations obscur et un logement personnel propre à anémier le plus apoplectique d'entre nous. Alors,par un juste retour des choses d'ici-bas, leur exigente personne connue, nous pourrons répondre à leurs appels en nous frottant les mains : « Mon bonhomme tu peux claquer à ton aise, il se peut que tu aies une maladie contagieuse et je n'aurais qu'à l'apporter à tes locataires. Va te faire... soigner ailleurs. » Mais qui de nous ferait ça? Nous comprenons l'altruisme d'autre façon que ces gens-là.

En résumé, toute trivialité bannie, croyez-vous qu'il serait abusif de réclamer de son député une interpellation en règle ; mais laissons la politique...

Tout passe, tout casse et la considération due au médecin a déjà disparu de nos mœurs. Que nos aïeux nous plaindraient s'ils pouvaient nous voir. Et la médecine ne fait pas de progrès! Que dira-t-on des propriétaires. Si nul d'entre eux ne se décide à m'accorder l'*extrême faveur* de m'abriter sous son toit, que vais-je devenir, le temps des dentistes nomades et roulottiers est passé. Alors *quid*? Un appartement s'il vous plaît (1). Dr Gourc.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Condamnation d'une somnambule à la requête, du Syndicat médical des Deux-Sèvres: partie civile

Extrait des minutes du greffe du tribunal civil de première instance séant au Palais de Justice de la ville et arrondissement de Niort, département des Deux-Sèvres, jugeant en matière correctionnelle, entre parties civiles.

Le tribunal civil de première instance, séant au Palais de Justice de la ville et arrondissement de Niort, département des Deux-Sèvres, jugeant correctionnellement, entre parties civiles, a rendu à son audience publique du trois novembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit le jugement dont la teneur suit :

Entre M. le procureur de la République, poursuivant partie d'office et partie publique, demandeur, suivant exploit de Touchon, huissier à Niort, en date du seize août mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, enregistré, comparant par M. Cibiel, son substitut, D'une part ;

Et la nommée Le Corff, Marie-Anne, âgée de trente-neuf ans, née à Moréac, arrondissement de Pontivy (Morbihan), le quinze mars mil huit cent cinquante-neuf, fille de Joachim et de Marie Le Dorze, mariée à Rougier, Alphonse, avec ses trois enfants, ménagère et somnambule, demeurant à Niort, impasse du Fresne,

Comparant personnellement, assistée de Me Mousset, avocat du barreau de Poitiers, D'autre part ;

Prévenue d'avoir, dans l'arrondissement de Niort, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé.

Ainsi qu'il résulte d'un procès-verbal dressé le vingt juillet mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, par Vignolle, commissaire de police à Niort, et aussi de la citation susénoncée.

Cette affaire portée et appelée pour la première fois à l'audience du vingt-deux septembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, a été renvoyée, du consentement de toutes parties, au vingt-sept octobre suivant.

L'audience de ce jour vingt-sept octobre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, advenant et appel fait de la cause, la défenderesse a pris place sur le banc ordinaire des prévenus.

Les témoins à charge ont été entendus oralement et séparement après avoir prêté serment de dire toute la vérité, rien que la vérité.

A ce moment Me Clouzeau, avoué, assisté de Me Mercier, avocat du barreau de Niort, a déclaré se porter partie civile dans l'instance au nom de M. Gaillard, docteur médecin à Parthenay, agissant en qualité de Président du Syndicat des Médecins des Deux-Sèvres.

Le tribunal a donné acte à Me Clouzeau de ce qu'il se porte partie civile.

Puis les témoins à décharge ont été entendus oralement et séparément, après avoir prêté serment de dire toute la vérité, rien que la vérité.

La prévenue a été interrogée par M. le Président.

Le greffier a tenu note de ses réponses et des principales déclarations des témoins entendus.

Me Mercier, avocat, a alors plaidé dans l'intérêt de la partie civile.

Me Mousset, avocat, a présenté les moyens de défense de la prévenue, M. le substitut du Procureur de la République a été entendu dans ses réquisitions.

Puis le Tribunal a renvoyé la continuation de l'affaire et le prononcé de son jugement au jeudi trois novembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit.

L'audience du trois novembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit advenant et appel fait de la cause, le Tribunal, après en avoir délibéré, conformément à la loi, jugeant publiquement en matière correctionnelle et en premier ressort,

Ouï la lecture de la plainte, les témoins dans leurs dépositions, la prévenue dans son interrogatoire, les avocats des parties en leurs moyens et conclusions, et le magistrat du Ministère publique en ses réquisitions,

Attendu que l'intervention en qualité de partie civile de l'Association des médecins du département des Deux-Sèvres est régulière en la forme,

Au fond,

Attendu que la femme Rougier ne méconnaît pas avoir donné des conseils pour les maladies à l'occasion desquelles elle a été consultée, mais qu'elle soutient que les indications purement générales qu'elle a pu donner, ne s'appliquant à aucun cas particulier à elle soumis, ne tombent pas sous l'application de l'article seize de la loi de mil huit cent quatre-vingt-douze, qui punit l'exercice illégal de la médecine ;

Que cet article, en effet, vise spécialement toute per-

(1) Nous croyons devoir tranquilliser nos lecteurs en leur annonçant que, depuis la rédaction de cet article, notre confrère a enfin trouvé un domicile. (A. Ch.)

sonne qui, non munie de diplôme, prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies;

Mais qu'il n'est pas douteux que les pratiques relevées contre la prévenue tombent sous l'application de cette loi;

Qu'on ne peut, il est vrai, reprocher à la femme Rougier, de s'être mise en contact avec les malades et d'avoir, auprès d'eux, joué le rôle de médecin;

Mais qu'elle ne peut méconnaître que, consultée par intermédiaires, elle a conseillé un véritable traitement qui, à sa connaissance, a été substitué, notamment dans le cas du sieur Dechaîne, à la médication précédemment conseillée par des praticiens diplômés;

Et que son intervention ayant eu pour résultat de faire retarder une opération chirurgicale déjà reconnue nécessaire, elle paraît en avoir aggravé les conséquences, puisqu'au lieu de se borner au gros orteil, l'amputation a dû être remontée jusqu'au genou;

Par ces motifs, le Tribunal déclare la nommée Le Corff, Marie-Anne, épouse Rougier, coupable d'exercice illégal de la médecine;

Et lui faisant application des articles un et seize, dix-huit de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze; cent quatre-vingt-quatorze du Code d'instruction criminelle et neuf de la loi du vingt-deux juillet mil huit cent soixante sept, dont lecture a été faite publiquement par M. le président et qui sont ainsi conçus :

« Article un, loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat (facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux réglements rendus après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique).

« Article seize. — Exercent illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien, dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles six, vingt-neuf et trente-deux de la présente loi, prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée

« Article dix-huit. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de cent à cinq cents francs et, en cas de récidive, d'une amende de cinq cents à mille francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Article cent quatre-vingt-quatorze du Code d'instruction criminelle. — Tout jugement de condamnation rendu contre les personnes civilement responsables du délit ou contre la partie civile, les condamnera aux frais mêmes envers la partie publique. Les frais seront liquidés par le même jugement.

« Article neuf de la loi du vingt-deux juillet mil huit cent soixante-sept. — La durée de la contrainte par corps est réglée ainsi qu'il suit : De deux jours à vingt jours lorsque l'amende et les autres condamnations n'excèdent par cinquante francs; de quarante jours à soixante jours, lorsqu'elles sont supérieures à cent francs et qu'elles n'excèdent pas deux cents francs. »

La condamne à cent francs d'amende et aux frais dus à l'Etat, lesquels sont liquidés à la somme de cinquante-huit francs cinquante centimes, port des pièces compris,

Et fixe la durée de la contrainte par corps au minimum déterminé par la loi,

Et faisant droit des conclusions de la partie civile, la condamne à payer à l'Association demanderesse la somme de cinquante francs à titre de dommages-intérêts;

Condamne la partie civile aux dépens, liquidés à la somme de trente-neuf francs quatre-vingt-deux centimes, en ce compris le coût du présent jugement et non compris le coût de ses levées, signification et mise à exécution qu'elle paiera également, sauf son recours contre la femme Rougier qui y est condamnée en définitive.

Ainsi jugé et prononcé à l'audience publique du jeudi trois novembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, à laquelle assistaient et siégeaient, MM. Brun, président; Henry et Dupont, juges; en présence de M. Cibiel, substitut du Procureur de la République et de M. Rideau, commis-greffier.

Suivent les signatures : Brun, Henry, Dupont, Rideau.

En marge est écrit : enregistré à Niort, le dix-huit novembre mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, folio 51, case 1. Reçu 3 0/0 un franc quatre-vingts; 2 1/2 0/0, quarante-cinq centimes. Total : deux francs vingt-cinq centimes.

Signé : PRÉVOST.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIEN. Les noms tirés au sort pour faire partie du jury sont ceux de MM. Bazy, Bergeron, Blum, Léon Labbé, Lejars, Picqué, Polaillon et Ricard.

Val de Grâce. — CONCOURS D'ADMISSION. Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira, le 18 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français; 2° avoir eu moins de vingt-six ans au 1er janvier 1899; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin major de 2e classe au moins; (les médecins appelés à concourir doivent remplir, en ce qui concerne la vision, les conditions prévues par l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire); 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront : Pour les docteurs en médecine : — 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter; 4° interrogations sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens de 1re classe : — 1° composition écrite sur une question d'histoire naturelle, des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont : *Avant leur entrée à l'école* : 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après leur admission à l'école : L'engagement de servir pendant six ans dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 3,096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de première mise d'équipement.

Hôpitaux de Paris. — Services des consultations. Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, porte à la connaissance du public que le service des Consultations externes dans les Hôpitaux fonctionnera, à l'avenir, les dimanches et les jours de fête.

Comme les jours ordinaires de la semaine, les portes du service des consultations seront ouvertes à 8 heures du matin. Elles seront fermées à 9 heures, heure à laquelle commenceront les consultations.

Le nouvel ordre de service dont il s'agit commencera à partir du dimanche 26 mars courant,

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 10 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Walther, agrégé, commencera le cours supplémentaire de pathologie externe, le samedi 11 mars, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Ecole de médecine de Grenoble. — Par arrêté ministériel, en date du 4 mars 1899, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1899, devant l'école de médecine de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

Faculté de médecine de Lille. — La Commission nommée pour étudier la proposition de M. le professeur de Lapersonne, sur le régime de l'agrégation des facultés de médecine, termine son rapport par les vœux suivants :

1° Que les fonctions de l'agrégé arrivé au terme de sa période d'exercice soient prolongées pour une nouvelle période de neuf années, après avis favorable de la Faculté.

2° Que, conformément à l'esprit du décret du 28 décembre 1885, il soit créé dans chaque Faculté de médecine des emplois de professeurs-adjoints, en nombre égal au sixième des chaires magistrales.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité dans l'assemblée générale de la Faculté.

Asile d'Aliénés. — M. le Dr Chevalier-Lavaure, médecin-adjoint de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), a été nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers) ;

M. le Dr Caron, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), a été nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère) ;

M. le Dr Bonnet, médecin-adjoint chargé des fonctions de médecin en chef de l'asile Saint-Robert (Isère), a été nommé médecin en chef dudit asile ;

M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), a été nommé médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse) ;

M. le Dr Paris, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe et Moselle), a été promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000fr.) ;

MM. les Drs Brun, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône), et Girma, médecin-directeur de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), ont été promus à la 1re classe de leur grade (7 000 fr.) ;

MM. les Drs Marie, médecin en chef, chargé de la direction de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ; Malfilatre directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), et Micoulau, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), ont été promus à la 2e classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint à l'asile de Pau, est promu a la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.)

Médecin-adjoint à l'asile d'Alençon (Orne), M. le Dr Chocreaux, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord) ;

Médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, M. le Dr Maupaté, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) ;

Médecin-adjoint de l'asile d'Armentières, M. le Dr Musin, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 5 mai 1896) ;

Médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, M. le Dr Deswarte, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise) ;

Médecin-adjoint à l'asile de Clermont, M. le Dr Coulon, médecin-adjoint à l'asile d'Alençon (Orne) ;

Médecin-adjoint à l'asile d'Aix (Bouches-du Rhône), M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse) ;

Médecin-adjoint à l'asile de Mondevergues, M. le Dr Levet, médecin-adjoint à l'asile de Fains (Meuse) ;

Médecin-adjoint à l'asile de Fains, M. le Dr Briche, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 5 mai 1896).

M. le Dr Chambard, médecin en chef à l'asile de Clermont

(Oise), a été promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.).

M. le Dr Trenel, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), a été promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.).

Association médicale mutuelle. — Le dimanche 5 mars a eu lieu l'Assemblée générale de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine (Association Lagoguey).

L'Association voit chaque année augmenter le nombre de ses adhérents et grossir son capital réserve. Et cependant les sommes déboursées chaque année en faveur des Sociétaires malades sont plus considérables.

Dans l'année 1898, on a compté 2 405 journées de maladie. C'est donc une somme de 24 050 francs donnée aux malades.

Malgré cette forte dépense, le capital réservé s'est accru de 34 352 francs, ce qui porte le total en ce moment à 274 714 francs.

Dans quelques mois, l'association fêtera ses 300 000 fr.

Le nombre des adhérents s'élève actuellement au 31 décembre 1898 à 426.

Le bureau a été renouvelé de la façon suivante :

Président : Dr Descoust. *Vice-Présidents* : Drs Letulle et Signez. *Secrétaire-général* : Dr Thoumas. *Secrétaires des séances* : Drs Nogué et Laurand. *Trésoriers* : Drs Fissiaux et Hennocque.

Clinique d'accouchement. — M. le professeur P. Budin reprendra ses leçons de Clinique obstétricale (semestre d'été), le samedi 11 mars, à 10 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heures.

Visite des malades tous les jours à 9 heures.

Un cours complet d'accouchement sera fait en trois mois, avec manœuvres opératoires, par MM. les Drs Démolin, accoucheur des Hôpitaux et Brindeau.

Exercices de diagnostic : les Drs Chavane et Macé.

Exercices de laboratoire : MM. les Drs Michel et Brindeau.

M. le Dr Galippe, chef de Laboratoire.

Nécrologie. — M. le Dr Emile Dugat-Estublier, de Marseille, ancien médecin de la légation de France en Chine, décédé à l'âge de 54 ans. — M. le Dr James-Ambroise Barbaroux, ancien Conseiller général de Colmars (Basses-Alpes), décédé à l'âge de 78 ans. — Le Dr Fonteneau, de Clefs (Maine-et-Loire), reçu en 1893. — Le Dr Desrosier, (Hugues Evariste), professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, décédé le 7 février à l'âge de 45 ans. — Le Dr Bouchard (Abel), ancien médecin-major de l'armée, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux depuis sa création, auteur d'un traité d'anatomie en collaboration avec le professeur Beaunis, est mort le 2 mars à l'âge de 65 ans. — Le Dr Dhaussy de Courrières (Pas-de-Calais), reçu en 1895. — Le Dr Hérin, de Féchain (Nord). — Le Dr Lecourt de Canteleu (Seine-inférieure), reçu en 1881.

Le doyen des médecins de France. — Depuis la mort du Dr Bossi, du Havre, décédé centenaire, le doyen des praticiens de France est très probablement le Dr Morère, de Palaiseau. Né le 12 septembre 1808, fils du Dr Morère, de Palaiseau, dont le nom fut donné à une fraise célèbre, cultivée dans la région, il fut reçu docteur en médecine en 1834, il y a donc plus de soixante-quatre ans qu'il exerce la médecine à Palaiseau et dans les environs.

Conseiller général, et réélu vice-président de cette assemblée depuis de longues années, il était, au moment de l'invasion de 1870, déjà maire de sa commune et chevalier de la Légion d'honneur. Par son tact et son sang-froid, il préserva sa commune de bien des réquisitions et de bien des souffrances. La résistance contre les exigences des envahisseurs faillit le faire fusiller par ces derniers, auxquels il sut en imposer par son calme et son mépris de la mort. Sa fille, qui était à cette époque réfugiée en province, porta son deuil pendant plusieurs mois.

Malgré son grand âge, il continue d'exercer son art dans le canton de Palaiseau et dans les pays environnants : sa sûreté de diagnostic, son dévouement et sa charité sont célèbres dans toute la région ; on le rencontre en toutes saisons, par tous les chemins, portant aux malheureux les bienfaits de sa science et de son expérience, et combie souvent sans rémunération.

(*Journ. de méd. de Paris*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la Tuberculose, par le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-16 carré, 100 p. et 9 fig., cart. 1 fr.50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Les odeurs et les parfums. Leur influence sur le sens génésique, par le Dr E. Tardif. 1889, 1 vol., gr. in-8 de 114 p. 3 fr. Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain.

Les actualités médicales. **Le tétanos**, étiologie, pathogénie, diagnostic, pronostic, traitement par J. Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, et M. Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1899. 1 vol. in-16 carré, 96 pages avec figures, cartonné. 1 fr. 50. — Librairie, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Des livres pour les jeunes filles, des livres amusants, émouvants, sans puérilité, capables d'éveiller leurs idées de faire — chose sans prix ! — leur éducation sentimentale et intellectuelle, voilà ce que veut Mme G. Gevin-Cassal qui commence aujourd'hui, à la librairie Ollendorff, une série d'ouvrages de ce caractère, avec son délicieux roman, si sensible et si subtilement féminin : **Manon-Manette**. Nous pouvons, sans crainte, prédire à cette collection un considérable succès.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

aris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*